Amministrazione destinataria

Regione Emilia Romagna

Ufficio destinatario

Ufficio Protocollo

Comunicazione di nomina del direttore sanitario

Il sottoscritto

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Telefono cellulare | **Telefono fisso** | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

Albo d'iscrizione | **Provincia** | **Data iscrizione**

Laurea | **Università**

Specializzazioni

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

COMUNICA

di essere stato nominato direttore sanitario della struttura sanitaria

Denominazione

sita in

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

Medico di assistenza primaria

- ◯ di non essere titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del relativo accordo collettivo nazionale
- ◯ di essere titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del relativo accordo collettivo nazionale

Numero massimale scelte | **Numero scelte in carico** | **Mese di riferimento delle scelte**

Specialista dipendente o libero professionista

- ◯ di non essere assunto come specialista dipendente o libero professionista
- ◯ di essere assunto come specialista dipendente o libero professionista

Tipologia contratto

- ◯ a tempo indeterminato
- ◯ a tempo determinato

Azienda

Branca

Rapporto di lavoro

- ◯ di non avere apposito rapporto instaurato ai sensi dell'articolo 8, comma 5 del Decreto legislativo 30/12/1992, n. 502
- ◯ di avere apposito rapporto instaurato ai sensi dell'articolo 8, comma 5 del Decreto legislativo 30/12/1992, n. 502

Azienda | **Tipo di attività** | **Data di inizio**

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Incarico libero professionale

- ◯ di non essere titolare di incarico libero professionale con il servizio sanitario nazionale
- ◯ di essere titolare di incarico libero professionale con il servizio sanitario nazionale

Attività odontoiatrica

- ◯ che nella struttura sanitaria non viene svolta attività odontoiatrica
- ◯ che nella struttura sanitaria viene svolta attività odontoiatrica, pertanto

Esercizio dell'attività odontoiatrica

- ◯ dichiara di non essere in possesso dei requisiti richiesti per l'esercizio dell'attività odontoiatrica di cui alla Legge 24/07/1985, n. 409, ai sensi dell'articolo 1, comma 154 della Legge 04/08/2017, n. 124
- ◯ di essere in possesso dei requisiti richiesti per l'esercizio dell'attività odontoiatrica di cui alla Legge 24/07/1985, n. 409, ai sensi dell'articolo 1, comma 154 della Legge 04/08/2017, n. 124

Responsabile servizi odontoiatrici

- ◯ di non svolgere la funzione di direttore sanitario responsabile per i servizi odontoiatrici esclusivamente in una struttura, ai sensi dell'articolo 1, comma 155 della Legge 04/08/2017, n. 124
- ◯ di svolgere la funzione di direttore sanitario responsabile per i servizi odontoiatrici esclusivamente in una struttura, ai sensi dell'articolo 1, comma 155 della Legge 04/08/2017, n. 124

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

☐ copia del documento d'identità

(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)

☐ altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.